

# 醫事服務機構申請為全民健康保險特約診所填表須知

## 壹：申請書部分

- 一、申請辦理業務欄勾選辦理之業務，應符合「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」及相關法規之規定。
- 二、診所名稱及印章應與當地衛生主管機構核准登記之名稱完全相同。
- 三、診所開業地址應與當地衛生主管機關核准登記之地址完全相同。

## 貳：醫事服務機構基本資料表部分

- 一、診所代號為當地衛生主管機關發給，請向當地衛生主管機關申請後填入。
- 二、診療科別請依當地衛生主管機關核准登記之科別勾選。
- 三、醫事人員數欄內請填入領有執業執照之各類醫事人員人數。
- 四、診所設備欄請依衛生主管機關登記設置之設備填寫。
- 五、醫事人員簡歷欄位填寫醫師、中醫師、牙醫師、藥師、藥劑生、醫事檢驗師、醫事檢驗生、醫用放射線技術師（士）、護理師、護士、助產士、物理治療師、物理治療生、職能治療師、職能治療生、聽力語言治療人員及營養師17類人員，本表不敷使用時，請另以附頁說明，並檢附該等醫事人員執業執照正反面影本。
- 六、專科醫師資格欄不限填一科（有填寫者，請檢附該專科證書影本）。
- 七、醫事服務機構性質勾選合夥，應檢附經該管法院公證之合夥文件影本（應註明與正本相符）；勾選財團法人者，如開業執照未冠財團法人字樣，請檢附衛生福利部許可證明影本及該管法院登記之證明文件影本（應註明與正本相符）。
- 八、單位所得稅統一編號請向當地稅捐機關申請後填入。
- 九、診所申辦分娩業務及血液透析業務者，應另行填列全民健康保險特約診所病床床號資料表。

## 參：其他

- 一、申請書內之醫事服務機構基本資料表應先送請當地衛生主管機關查驗核章後，寄收件單位憑辦；未經查驗核章者不予受理。
- 二、申請資料填寫不完整者，不予受理。
- 三、申請書表收件單位如下：

醫事服務機構所在縣市	收件單位	地 址
臺北市、新北市、宜蘭縣、基隆市、金門、馬祖	衛生福利部中央健康保險署 台北業務組 TEL：02-25232388	臺北市許昌街17號 (壽德大樓)7樓至9樓
桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣	衛生福利部中央健康保險署 北區業務組 TEL：03-4339111	桃園縣中壢市中山東路3段 525號
臺中市、彰化縣、南投縣	衛生福利部中央健康保險署 中區業務組 TEL：04-22583988	臺中市西屯區市政北一路66 號(國雄大樓6樓)
雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市	衛生福利部中央健康保險署 南區業務組 TEL：06-2245678	臺南市公園路96號
高雄市、屏東縣、澎湖縣	衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組 TEL：07-3233123	高雄市九如二路157號
花蓮縣、臺東縣	衛生福利部中央健康保險署 東區業務組 TEL：03-8332333	花蓮市軒轅路36號

# 衛生福利部中央健康保險署中區業務組全民健康保險新特約收件查檢表

機構代號：\_\_\_\_\_ 名稱：\_\_\_\_\_

檢 附 文 件	西 醫		中 醫 牙 醫	藥 局	醫 事 檢 驗 所	醫 事 放 射 所	居 家 照 護	護 理 之 家	助 產 機 構	精 神 復 健	物 理 治 療 所	職 能 治 療 所
	醫 院	診 所										
1.合約書印鑑卡												
2.特約申請書												
3.特約基本資料表												
4.床數、床號資料表			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5.開業執照影本												
6.負責醫事人員身分證正、反面影本												
7.負責醫事人員執業執照正、反面影本												
8.醫事人員執業執照正、反面影本(另聘有物理、 職能人員需備有執業2年以上之資格證明)												
9.醫師專科證書影本				—	—	—	—	—	—	—	—	—
10.醫療費用轉帳資料卡												
11.存摺帳號及分行別影本												
12.統一編號編配通知書影本												
13.新投保單位成立申請書 健保費繳教： <input type="checkbox"/> 轉帳代繳 <input type="checkbox"/> 現金繳納												
14.儀器或設備資料表(含購入發票或證明)				—			—	—	—	—		
15.中央衛生主管機關評鑑合格證明 (新設立未及參加評鑑者，由保險人專案認定)		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16.讀卡設備證明、安全模組申請表、本保險醫療 網路(VPN)申請書												
17.醫療費用收據及藥品明細格式樣張												
18.電子信箱及執業時段調查表												
19.合夥法院公證文件 (醫事服務機性質勾選合夥者)												

※上開資料影本皆請以 A4 紙張影印。

※為維護 貴機構權益，請負責醫事人員依序備妥相關文件親自洽辦簽約事宜。

※醫院需檢附全院平面配置圖乙份。

表單編號：QR-UK0F-003-F16-A

負責人 ID：

HMAI2000S01

H3000：

醫事機構基本資料檔正確無誤

H3500：

複核核章：

H1000：

H2000：

R5001：

表單編號：QR-UK0F-003-F02-B

# 全民健康保險特約診所申請書

茲擬承辦全民健康保險業務，特檢具「全民健康保險特約診所基本資料表」乙份及負責醫師開業執照、執業執照、身分證正反面註明與正本相符之影本文件各乙份，申請為全民健康保險特約診所，請惠予受理。

申請辦理業務：

- A  門診診療
- C  血液透析業務
- D  兒童預防保健服務
- E  成人預防保健服務
- F  婦女子宮頸抹片檢查
- G  孕婦產前檢查
- I  分娩
- J  復健業務： 物理治療  
 語言治療
- P  兒童牙齒預防保健
- W  腹膜透析業務
- Y  口腔黏膜檢查
- Z  定量免疫法糞便潛血檢查

申請類別：

- 4  基層醫療單位

型態別：

- 07  專科診所
- 08  一般診所
- 09  特殊科診所
- 12  牙醫專科診所
- 13  牙醫一般診所
- 23  中醫專科診所
- 24  中醫一般診所

此 致

衛生福利部中央健康保險署

申請診所名稱：

負責人：

簽章：

負責醫師：

簽章：

診所地址：

縣市

市鎮鄉區

村里

街路

段

巷 弄

號 樓之

負責醫師戶籍地址：

縣市

市鎮鄉區

村里

街路

段

巷 弄

號 樓之

負責醫師通訊地址：

縣市

市鎮鄉區

村里

街路

段

巷 弄

號 樓之

中 華 民 國 年 月 日

# 全民健康保險特約診所基本資料表

診所名稱											代號										
開業執照地址	郵遞區號 <span style="float: right;">□□□□□</span> 縣市 市鎮鄉區 村里 街路 段 巷 弄 號																				
負責醫師						出生年月	年 月 日			最近開業日期	年 月 日										
身分證號											最近開業執照號碼										
診療科別	01□家庭醫學科 05□婦產科 09□耳鼻喉科 13□精神科 82□放射線科 40□牙科 02□內科 06□骨科 10□眼科 14□復健科 83□病理科 60□中醫 03□外科 07□神經外科 11□皮膚科 15□整形外科 84□核子醫學科 04□小兒科 08□泌尿科 12□神經科 81□麻醉科 00□一般診療																				
醫事人員數	A 醫師			E 藥劑生			J 醫事檢驗師			S 醫用放射線技術師 (士)			Z 營養師								
	B 中醫師			F 護理師			K 醫事檢驗生			U 物理治療生											
	C 牙醫師			G 護士			Q 物理治療師			V 職能治療生											
	D 藥師			H 助產士			R 職能治療師			W 語言治療人員											
診療設備	門診手術室 <input type="checkbox"/> 有 _____ 間 <input type="checkbox"/> 無									15血液透析床 <input type="checkbox"/> 有 _____ 床 <input type="checkbox"/> 無											
	產房 <input type="checkbox"/> 有 _____ 間 <input type="checkbox"/> 無									16嬰兒床 <input type="checkbox"/> 有 _____ 床 <input type="checkbox"/> 無											
	14觀察床 <input type="checkbox"/> 有 _____ 床 <input type="checkbox"/> 無									委託代檢之合約 <input type="checkbox"/> 醫事服務機構 <input type="checkbox"/> 醫事檢驗機構 <input type="checkbox"/> 無											
醫事人員簡歷	類別	姓名	出生年月	身分證號	執業執照號碼	專科別	專科證書字號	專科證書有效起始日													
一、以上所填各項資料業經本局查核證明屬實。 二、該 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 負責醫師 <input type="checkbox"/> 未涉有 <input type="checkbox"/> 涉 有醫療管理相關法規違規情事，目前 <input type="checkbox"/> 已 <input type="checkbox"/> 未結案。 三、該院所違規事實概要：																					
<h2 style="margin: 0;">縣市（政府）衛生局（請加蓋機關關防及首長簽名章）</h2> <p style="margin: 0; text-align: center;">中 華 民 國 年 月 日</p>																					
其他醫療設備	01□核磁共振斷層掃描儀				臺	11□正子斷層掃描造影設備				臺	60□心導管設備				臺						
	02□電腦斷層攝影掃描儀				臺	51□血液透析機				臺	61□染料鑷射碎石				臺						
	03□放射性同位數治療設備				臺	52□高壓氧				臺	62□尿流動力學檢查機				臺						
	04□放射性同位數診斷設備				臺	53□骨質密度測量儀				臺	<input type="checkbox"/> 血管造影設備				臺						
	05□高能遠距放射治療設備				臺	54□二氧化碳鑷射設備				臺	<input type="checkbox"/> 內視鏡				臺						
	06□高震波碎石裝置				臺	55□自動生化分析儀				臺	<input type="checkbox"/> 黑白超音波				臺						
	07□準分子雷射血管成型術系統				臺	56□血管攝影 X 光機				臺	<input type="checkbox"/> 眼科雷射機				臺						
	08□帕碼司卡特球狀冠狀				臺	57□乳房 X 光攝影				臺	<input type="checkbox"/> 心電圖儀				臺						
	09□準分子雷射屈光性角膜切除術設備				臺	58□冷凍治療機				臺	<input type="checkbox"/> 牙科型 X 光機				臺						
	10□冠狀動脈旋轉研磨鑽				臺	59□彩色超音波				臺	<input type="checkbox"/> 高能粒子治療設備				臺						
醫事其他服務機構性質	1□公立			單位所得稅統一編號									本生欄查務須由核章								
	2□財團法人																				
	3□私立(合夥)																				
	4□私立(獨資)																				
			電話號碼																		
			傳真號碼																		

# 全民健康保險特約診所病床床號資料表

診所代號：\_\_\_\_\_ 診所名稱：\_\_\_\_\_。

病床分類	病 床 床 號				
觀察床					
嬰兒床					
血液 透析床					

# 全民健康保險特約醫事服務機構合約書印鑑卡

醫事服務機構代號	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
醫事服務機構名稱									
負責人姓名									
印鑑建立/變更日期	年 月 日								
合約書編號	No								
請 蓋 合 約 書 印 鑑	醫事服務機構印鑑章 (大章)	負責醫事人員印鑑章 (小章)							

# 全民健康保險醫事服務機構費用劃撥轉帳資料卡

保險醫事服務機構名稱：\_\_\_\_\_

醫事機構代號           所得單位扣繳統一編號

往來行庫局	總機構名稱											代號	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	分支機構名稱														
	存款種類	<input type="checkbox"/> 支票存款			<input type="checkbox"/> 活期存款			<input type="checkbox"/> 活期儲蓄存款							
	戶名														
	帳號 <small>(請靠右填寫左邊補零)</small>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
往來郵局	戶名														
	郵政劃撥帳號	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			郵局				支局								
	存簿儲金	局號													
局名															
郵政存簿儲金帳號		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

指定金融機構名稱：

004 台灣銀行	005 台灣土地銀行	006 合作金庫	007 第一商業銀行
008 華南商業銀行	009 彰化商業銀行	012 台北富邦銀行	016 高雄銀行
017 兆豐國際商業銀行	050 台灣中小企業銀行	700 中華郵政股份有限公司	808 玉山商業銀行
812 台新國際商業銀行	815 日盛國際商業銀行	816 安泰商業銀行	822 中國信託商業銀行

特約醫事服務機構合約印鑑	負責醫事人員印鑑

## 全民健康保險保險憑證讀卡設備之安全模組卡申請表

申請日期： 年 月 日

申請單號：

申請單位	<input type="checkbox"/> 醫事服務機構 <input type="checkbox"/> 聯合服務中心或聯絡辦公室 <input type="checkbox"/> 投保單位 <input type="checkbox"/> 聯合門診中心 <input type="checkbox"/> 本署或各分區業務組 <input type="checkbox"/> 鄉鎮市區公所 <input type="checkbox"/> 其他		
申請單位名稱			
申請單位代號			聯絡人
聯絡地址	□□□		
聯絡電話			申請單位及負責人印章
傳真			注意： (請蓋原合約印鑑大小章)
e-mail			
申請原因及應檢附資料	<input type="checkbox"/> 新特約 <input type="checkbox"/> 1. 新特約(附購置讀卡設備證明) <input type="checkbox"/> 2. 遷址或換負責人之新特約(附讀卡設備轉讓證明及轉讓之特約醫事服務機構之安全模組卡) <input type="checkbox"/> 增購讀卡設備(附購置讀卡設備證明) <input type="checkbox"/> 毀損換發 (附毀損之安全模組卡及郵政劃撥收據影本) <input type="checkbox"/> 遺失補發(附郵政劃撥收據影本) <input type="checkbox"/> 未寄達補發,原申請日期		
申請發卡數量	(份)		
<p>※ 若申請原因為「毀損換發」或「遺失補發」,請務必在下列欄位逐一填寫「毀損」或「遺失」的安全模組卡編號,毀損換發檢還安全模組卡,以利本署後續處理避免貴單位權益受損。謝謝! (請以正楷填寫,字體請勿潦草)</p> <p>1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____  5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____  9. _____ 10. _____ 11. _____ 12. _____  13. _____ 14. _____ 15. _____ 16. _____  17. _____ 18. _____ 19. _____ 20. _____</p>			
(以下資料由本署分區業務組人員填寫)			
受理單位:	業務組		核准數量: _____ (份)
承辦人	複核	單位主管	不核准原因:
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

備註：1. 若遺失或毀損請檢附郵政劃撥收據影本

(戶名：衛生福利部中央健康保險署 帳號：18089434 費用500元/份)

2. 本申請表請郵寄衛生福利部中央健康保險署中區業務組，地址：407臺中市西屯區市政北一路66號6樓，電話：04-22583988

3. 使用注意事項：(1) 安裝：確認安全模組卡裝妥，鎖緊機殼才可通電。

(2) 抽換：先關電源再開機殼抽換安全模組卡。

(3) 注意：未關電源勿隨意開機殼，此情形易造成安全模組無法使用之鎖卡(回傳代碼6005)。表單編號：QR-UKOF-006-F20-B



# 轉讓書

本機構轉讓健保 I C 卡讀卡機

台

( 牌，型號： 序號： )  
予

醫事機構代號：

負責醫事人員：

特此證明。

此致

衛生福利部中央健康保險署中區業務組

轉讓人

醫事機構名稱： (大章用印)

醫事機構代號：

負責醫事人員： (小章用印)

中 華 民 國 年 月 日

醫事機構代號：

醫事機構名稱：

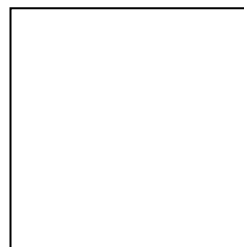
檢送全民健康保險醫療費用收據及收費明細等格式  
乙份，請查照。

此 致

衛生福利部中央健康保險署中區業務組



(合約院所印信)



(合約負責人印章)

中 華 民 國      年      月      日

衛生福利部中央健康保險署中區業務組特約醫事機構  
電子信箱、掛號費及執業時段調查表

院所名稱：

院所代號：

電子信箱【E-mail address】：

門診掛號費：

急診掛號費：

星期	一	二	三	四	五	六	日
上午							
下午							
晚上							

固定執業時段：(請勾選)

特定休診日：(例如春節初一到初五)

註：如電子信箱、掛號費及執業時段資料有變更，請即時至「VPN-醫務行政」自行修改

表單編號：UK0-003-F22-V1

表單編號：D06-C21-V1

# 血液透析室相關設備

醫事機構名稱：

醫事機構代號：

品項	數量	專管人員	備註
血液透析機	台		請檢附購買證明或租賃合約書影本乙份備查。
血壓計	台		
電擊器	台		
氣管插管設備			
氧氣供應設備			
抽吸設備			
急救(車)箱			
RO 水處理系統	<input type="checkbox"/> 有__組 <input type="checkbox"/> 無		
存放物料專用空間	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
緊急供電設備	<input type="checkbox"/> 全院共同 <input type="checkbox"/> 獨立設備		
消防安全設備	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
透析機定期之檢查、保養及維修	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
人工腎臟是否重覆使用 (以台灣腎臟醫學會之重覆使用人工腎臟作業指引為基準。嚴禁不同病人間交互使用人工腎臟)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
人工腎臟之消毒法：			

# 牙醫院所感染控制 SOP 作業考評表

※考評標準：評分分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。

院所：

代號：

## A. 硬體設備方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 適當洗手設備	C. 診療區域應設洗手台及洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。			
	B. 符合C，水龍頭避免手觸式設計。			
2. 良好通風空調系統	C. 診間有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。			
	B. 符合C定期清潔維護，有清潔紀錄本可供查詢。。			
3. 適當滅菌消毒設施	C. 診所具有滅菌器及消毒劑，有適當空間進行器械清洗、打包、滅菌及儲存。			
	B. 符合C，滅菌器定期檢測功能正常；消毒劑定期更換，並有紀錄。			
4. 診間環境清潔	C. 診間環境清潔			
	B. 符合C，定期清潔並有紀錄。			
	A. 符合B，物品依序置於櫃中，並保持清潔。			

## B. 軟體方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 完備病人預警防範措施	C. 看診前詢問病人病史。			
	B. 符合C，詢問病人詳細全身病史，並完整登載病歷首頁。			
	A. 符合B，並依感染控制原則如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」等執行看診。			
2. 適當個人防護措施	C. 牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及清潔之工作服。			
	B. 符合C，視狀況穿戴面罩或眼罩。			
	A. 符合B，並依感染控制原則「減少飛沫氣霧」執行看診。			
3. 開診前治療台消毒措施	C. 治療台擦拭清潔，管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘，抽吸管以新鮮泡製0.005~0.02%漂白水(NaOCl)或2.0%沖洗用戊二醛溶液(glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液10%(iodophors)沖洗管路三分鐘。			
	B. 符合C，不易消毒擦拭處(如把手、頭枕、開關按鈕…等)，以覆蓋物覆蓋之。			
	A. 符合B，完備紀錄存檔。			
4. 門診結束後治療台消毒措施	C. 治療台擦拭清潔，管道消毒放水放氣，清洗濾網。			
	B. 符合C，診所定期全員宣導及遵循。			
	A. 符合B，完備紀錄存檔。			

項目	評分標準	自評	訪評	備註
5. 完善廢棄物處置 (註一)	C. 有合格清運機構清理廢棄物。			
	B. 符合C，醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理。			
	A. 符合B，備有廢棄物冷藏設施及詳細清運紀錄。			
6. 意外針扎處理流程制訂	C. 制訂診所防範針扎計畫及處理流程。			
	B. 符合C，診所定期全員宣導。			
	A. 符合B，完備紀錄存檔。			
7. 器械浸泡消毒 (註二)	C. 選擇適當消毒劑及記錄有效期限。			
	B. 符合C，消毒劑置固定容器及加蓋，並覆蓋器械。			
	A. 符合B，記錄器械浸泡時間。			
8. 器械滅菌消毒 (註二)	C. 器械清洗打包後，進鍋滅菌。			
	B. 符合C，並標示消毒日期。			
	A. 符合B，化學指示劑監測，並完整紀錄；每週至少一次生物監測劑監測，並完整紀錄。			
9. 滅菌後器械貯存	C. 滅菌後器械應放置乾淨乾燥處。			
	B. 符合C，依先消毒先使用，後消毒後使用原則。			
	A. 符合B，打包袋器械貯存不超過一個月，其餘一週為限。			
10. 感染控制流程製訂	C. 診所須依牙科感染控制SOP，針對自家診所狀況製訂看診前後感染控制流程、器械滅菌消毒流程及紀錄表。			
	B. 符合C，診所定期全員宣導及遵循。			
	A. 符合B，完備紀錄存檔。			

註一：在巡迴醫療，特殊醫療照顧，矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據牙醫院所感染控制SOP作業細則步驟三貯存容器與規定，並將醫療廢棄物置於密閉5°C以下之冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由清運公司處理。

註二：在巡迴醫療，特殊醫療照顧，矯正機關內，若無消毒設施時，應以清水去除器械表面口水或血液後，包裝完善放置於固定容器後攜至診所，循一般消毒流程進行消毒並記錄。

院所簽名：\_\_\_\_\_ 審查醫藥專家簽名：\_\_\_\_\_

# 「醫療院所及藥局藥袋標示嚴重不符醫療辦法」不予支付指標 醫事服務機構及特約藥局辦理自評情形申報表

診所（藥局）名稱：\_\_\_\_\_（代號：\_\_\_\_\_）

填報人（院所或藥局負責人）：

填報日期：\_\_年\_\_月\_\_日

印信：

有 無 自設藥局

有 無 自聘藥師

藥袋標示項目	有標示	未標示
1.病人姓名		
2.性別		
3.年齡		
4.藥品名稱（成分名）		
5.藥廠（廠商）名		
6.數量		
7.劑量		
8.服用方法		
9.藥局（調劑）地點		
10.調劑者姓名		
11.調劑年月日		
12.處方醫師姓名		
13.藥品保存方式		
14.調劑後有效期限		
15.適應症		
16.副作用		
17.警語		

註：

- 1.本表內容經醫事服務機構或藥局切結填報內容屬實後送健保署，由健保署辦理實地審查，如查獲與填報內容不符時，將依「醫療院所及藥局藥袋標示嚴重不符醫療辦法」不予支付指標處理方式不予支付。
- 2.請傳真（04-22531219）回復中區業務組醫療費用二科承辦人，分機\_\_\_\_\_。

# 中區西醫基層診所暨醫師主要科別調查表

醫師您好：

為配合「西醫基層總額分科管理試辦計畫」，以落實分科管理提昇各科專業自主及穩定中區基層總額點值，請惠予依 貴診所執業型態，就說明1之主要科別（代號及名稱），擇一填列（表一）所屬管理科別，若 貴診所係屬2位以上醫師或聯合診所則請除表一（以診所為單位）外，另加填表二，各醫師所屬之科別。謝謝！（傳真：04-22531219）

※如期限內未選定科別者，本業務組逕依 貴診所（醫師）專科別認定。

衛生福利部中央健康保險署中區業務組謹致

表一診所主要（參與管理）之科別：

診所代號		診所名稱	
診所主要科別		負責醫師簽章	

表二醫師主要（參與管理）之科別：

醫師身分證號	姓名	代號	科別	醫師身分證號	姓名	代號	科別

說明1：主要科別（代號-名稱）

01-家醫科、02-內科、03-外科(泌尿科併外科)、04-小兒科、05-婦產科、06-骨科、09-耳鼻喉科、10-眼科、11-皮膚科、13-精神科、14-復健科